

Zentrumsbildung im Claraspital

Das Claraspital erzielt mit seinen beiden Schwerpunkten Magen-Darmleiden und Onkologie in der Nordwestschweiz einen Marktanteil von 30% (Quelle: Versorgungsberichte Basel-Stadt und Nordwestschweiz). In einem Strategiecheck hat der Verwaltungsrat des Claraspitals daher beschlossen, die beiden Schwerpunkte noch stärker zu forcieren mit dem Ziel, die Qualität unserer Leistungen zugunsten unserer Patienten und der zuweisenden Ärzte weiter zu verbessern.

Per 1. Januar 2012 organisiert das Claraspital seine Fachabteilungen daher neu, so dass zwei Zentren entstehen – das Bauch-Zentrum (Viszeralchirurgie und Gastroenterologie) und das Tumor-Zentrum (medizinische Onkologie inkl. medizinisch-onkologisches Ambulatorium sowie Radioonkologie) –, die mit den bestehenden Spezialitäten Pneumologie, Kardiologie, Urologie sowie Orthopädie/Traumatologie ergänzt werden. Erweitert wird das Angebot der Spezialitäten durch die neu geschaffene Fachabteilung Innere Medizin/Endokrinologie mit Ernährungszentrum.

Der Verwaltungsrat des Claraspitals ist überzeugt, dass die Zentrumslösung zum heutigen Zeitpunkt die Strategie am besten abbildet, die meisten Vorteile bietet (Stärkung der Schwerpunkte; Ausstrahlung über die Region hinaus; Gewährleistung der Fallzahlen) und dass damit optimale Voraussetzungen für die nächsten Jahre geschaffen werden.

Für Sie als zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt ändert sich vorerst nichts: Der Zugang zu unseren Leistungen, der Weg zur Anmeldung und Ihre Ansprechpersonen bleiben gleich. Zu gegebener Zeit werden wir Sie gerne über das neue Konzept und die entsprechenden Änderungen im Detail informieren.

Editorial	2
Interview	3
Prof. Dr. Wolfgang Harms	
Diverses/Personelles	4
Weiterbildung	4
Kontaktadressen	4

Pankreaskarzinom

Diagnose und aktuelle Therapiekonzepte

Das Pankreaskarzinom ist die vierthäufigste tumorassoziierte Todesursache. Jährlich werden in der Schweiz 900 bis 1 000 Neuerkrankungen registriert und fast gleichviele Patienten versterben jährlich an diesem Tumor. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 6. und 8. Lebensjahrzehnt. Nikotin- und Alkoholkonsum, rezidivierende Pankreatitiden und genetische Prädisposition, respektive familiäre Häufigkeit von Pankreaskarzinomen sind nachgewiesene Risikofaktoren.

Zum Zeitpunkt der Diagnose befinden sich bereits 80% der Patienten in einem fortgeschrittenen Tumorstadium, dessen therapeutische Optionen nach wie vor limitiert sind. Die chirurgische Resektion ist die Voraussetzung für eine potenziell kurative Therapie. Diese kann jedoch nur bei etwa 20% der Patienten durchgeführt werden. Die 5-Jahresüberlebensrate nach radikaler R0-Resektion beträgt ca. 25%. Eine Verbesserung der Prognose und des Langzeitüberlebens konnte vor allem durch Anwendung adjuvanter Therapien erzielt werden.

Patienten mit Pankreaskarzinom werden idealerweise interdisziplinär abgeklärt und betreut. Dazu gehört auch eine Besprechung am interdisziplinären Tumorboard, wie es bei uns zwei Mal wöchentlich stattfindet.

Diagnostik und Staging

Die bildgebenden Verfahren stehen im Mittelpunkt der Abklärungsdiagnostik. Die Computertomographie ist nach wie vor die Standarduntersuchung beim Pankreaskarzinom. Bei optimaler CT-Qualität erlaubt sie bereits eine gute Beurteilung bezüglich Resektabilität (Bezug der A. und V. mesenterica superior und der V. portae zum Tumor). Die Sensitivität des MRI liegt nur unwesentlich über der CT. Der Vorteil des MRI liegt in der «all-in-one»-Diagnostik mit Kombination der MR-Schnittbilddiagnostik, der MR-Cholangiopankreatographie (MRCP) und der MR-Angiographie (Abb. 1). Die PET oder PET/CT-Untersuchung ist besonders hilfreich im Staging (Metastadiagnostik) oder zur weiteren Klärung indeterminierbarer Läsionen. Die Endosonographie ermöglicht die Diagnostik auch von kleineren Tumoren, die Beurteilung

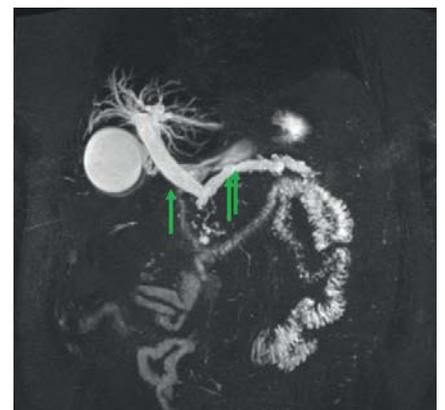


Abb. 1: MR-Cholangiopankreatographie (MRCP). Obstruktion des Ductus choledochus (↑) und des Ductus Wirsungianus (↑↑) durch einen Tumor im Pankreaskopf.

lokoregionärer Lymphknoten und bietet die Möglichkeit der Feinnadelbiopsie. Die endoskopisch retrograde Cholangiopankreatographie (ERCP) bietet bezüglich Bildgebung keine Vorteile gegenüber der MRCP, hat jedoch die Möglichkeit der Intervention mit Gallengangsdrainage. Die Bestimmung von Tumormarkern ist problematisch, da sie eine geringe Spezifität aufweisen. CA 19-9 hat in erster Linie eine Bedeutung für die Rezidiverkennung nach radikal operiertem Pankreaskarzinom, sofern der Wert postoperativ normal war. Indikation für eine chirurgische Therapie ist die Durchführung einer R0-Resektion (Resektion makroskopisch und mikroskopisch im Gesunden). Fernmetastasen und komplexe Gefässinfiltrationen sind Kontraindikationen für die Chirurgie. Eine Re-

Fortsetzung Seite 2



Liebe Kolleginnen und Kollegen

Das Pankreaskarzinom ist der dritthäufigste Tumor des Magendarmtraktes mit steigender Inzidenz. Leider sind auch heute nur ca. 20% der neu diagnostizierten Pankreaskarzinome operabel und auch von den operierten Patienten überleben nur 25% mehr als ein Jahr. Durch die Einführung einer adjuvanten postoperativen Behandlung mit Gemzar, konnte diese Zahl zwar leicht verbessert werden. Ein Hauptproblem beim Pankreaskarzinom bleibt aber die Tatsache, dass häufig gürtelförmige Oberbauchschmerzen zur Diagnose führen, die Ausdruck einer Infiltration ins Retroperitoneum sind und als solches fast immer Inoperabilität bedeuten. Die Frage, ob bei einem Patienten eine Operation versucht werden soll, muss in enger Diskussion zwischen Operateur und Radiologen im Rahmen des Tumorboards abgeklärt werden. Ist eine Operation nicht möglich, wird im gleichen Rahmen besprochen, ob bei fehlenden Fernmetastasen primär eine Chemotherapie gefolgt von einer Strahlentherapie zur Anwendung kommen soll, oder ob eher gleich von Beginn an eine Strahlentherapie mit niedrig dosiertem Gemzar indiziert ist. Auch diese Diskussion ist Aufgabe des Tumorboards. Daraus geht hervor, dass gerade die Behandlung des Pankreaskarzinoms eine ausgesprochen interdisziplinäre Aufgabe ist. Wichtig ist auch, dass bei einer inoperablen Situation die Strahlentherapie im Claraspital innerhalb weniger Tage beginnen kann.

Nachdem heutzutage ein grosser Teil einer Krankengeschichte im Claraspital elektronisch vorliegt (Klinik-Informationssystem), ist ein logischer weiterer Schritt, den externen elektronischen Datenaustausch insbesondere mit den Zuweisern voran zu treiben. Dass es sich dabei um ein recht komplexes Projekt handelt, wird von unserem Leiter Informatik, Herrn Yves Laukemann, auf S. 4 dargelegt.

Pankreaskarzinom – aktuelle Therapiekonzepte (Fortsetzung)

sektion und Rekonstruktion der Portalvene oder der Vena mesenterica superior sind möglich und nur sinnvoll, wenn dadurch ein R0-Situation erreicht werden kann. Die Indikation dazu muss im Einzelfall gestellt werden.

Standardeingriffe beim Pankreaskarzinom

Die klassische Whipple-Operation (Pankreatikoduodenektomie) umfasst die Entfernung des Pankreaskopfs, des Duodenums und des distalen Magens zusammen mit der Gallenblase, dem Gallengang und den peripankreatischen Lymphknoten. Dieser Eingriff war über Jahre die Standardoperation beim Pankreaskopfkarzinom. Eine organerhaltendere Variante stellt die pyloruserhaltende Pankreaskopfresektion nach

Longmire und Traverso dar, die sich zunehmend durchsetzt. Im Gegensatz zur klassischen Whipple-Operation wird bei der pyloruserhaltenden Operation das Duodenum etwa 3cm postpylorisch abgesetzt. Die Rekonstruktion der Nahrungspassage erfolgt durch eine End-zu-Seit Duodeno-jejunostomie (Abb 2 und 3). Beide Verfahren zeigen keine Unterschiede bezüglich Langzeitüberleben. Initiale Argumente gegen die pyloruserhaltende Operation wie postoperative Magenentleerungsstörungen oder gehäufte Ulzera an der duodenoenteralen Anastomose konnten in neueren Studien nicht bestätigt werden. Bei Karzinomen im Pankreasschwanz oder -corpus ist die (erweiterte) Pankreaslinksresektion meist mit Splenektomie die Standardtherapie. Die totale Pankreatektomie

Abb. 2:
Resektionsausmass bei der pyloruserhaltenden Pankreaskopfresektion nach Longmire und Traverso
1 Gallenblase
2 distaler Gallengang
3 Duodenum
4 Pankreaskopf

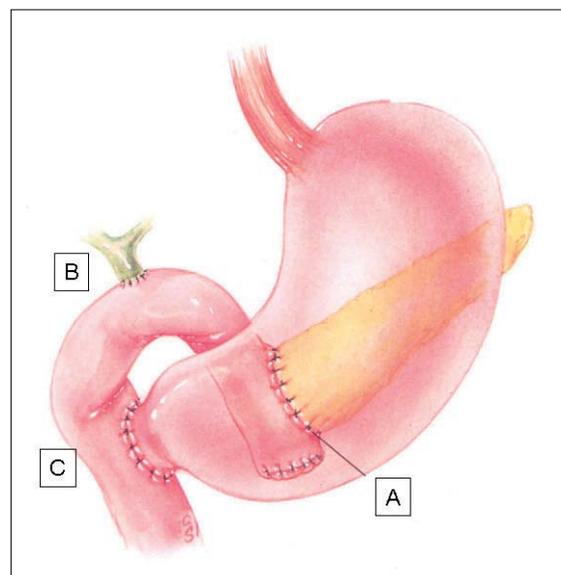
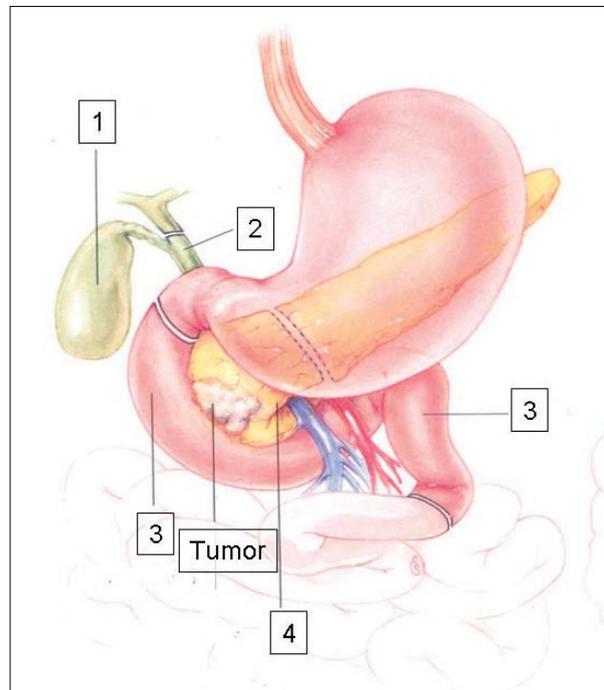


Abb. 3: Rekonstruktion nach pyloruserhaltender Pankreaskopfresektion nach Longmire und Traverso
A Pankreatiko-jejunostomie
B Choledocho-jejunostomie
C Duodeno-jejunostomie

ist kein Standardverfahren zur Behandlung des Pankreaskarzinoms und die Indikation muss sehr streng gestellt werden.

Die Pankreaschirurgie ist technisch anspruchsvoll, kann aber heutzutage mit grosser Sicherheit und geringem peri- und postoperativem Risiko durchgeführt werden. Die perioperative Letalität liegt unter 5%. Ein Problem stellen postoperative Pankreasfisteln dar. Durch die Gabe von Sandostatinanaloga perioperativ und verbesserter Operationstechnik konnte die Inzidenz jedoch gesenkt werden. In mehreren Studien konnte zudem gezeigt werden, dass die Letalität und die Morbidität in spezialisierten Zentren mit über 15 Eingriffen pro Jahr geringer ist.

Im Claraspital werden jährlich zwischen 26 und 30 Pankreasresektionen durchgeführt. Innerhalb der letzten acht Jahre ist ein Patient postoperativ verstorben. Die Fistelrate nach Pankreaskopfresektion liegt bei unseren Patienten unter 5%.

Adjuvante und neoadjuvante Therapien

Trotz radikaler R0-Resektion entwickeln im weiteren Verlauf etwa 70% der Patienten Fernmetastasen und etwa 20% ein Lokalrezidiv. Eine adjuvante Therapie wird empfohlen bei Patienten nach Pankreaskopfresektion mit kurativem Ziel. Mehrere Studien (ESPAC-3, CONKO-001) konnten zeigen, dass eine adjuvante Chemotherapie die Überlebensprognose signifikant verbessert. Eine zusätzliche Radiochemotherapie im adjuvanten Setting wird kontrovers diskutiert. Ein zusätzlicher Gewinn konnte nicht nachgewiesen werden.

Über neoadjuvante Therapiekonzepte (präoperative Radiochemotherapie) sind bis dato nur wenige Studien verfügbar. Insbesondere gibt es keine Daten von randomisierten Studien, die einen Vorteil der neoadjuvanten Therapie über die adjuvante Therapie zeigen würden. Bei ausgewählten Patienten mit einem grenzwertig kurativ resektablen Befund kann durch die neoadjuvante Radiochemotherapie jedoch ein Downstaging und dadurch eine potenziell mögliche Resektion erreicht werden. In den letzten Jahren liessen sich durch Verbesserung der Diagnostik Fortschritte bezüglich Beurteilung und Indikation zur chirurgischen Behandlung des Pankreaskarzinoms erzielen. Verbesserte Operationstechniken an spezialisierten Zentren führten zu einer Verringerung der perioperativen Letalität und Morbidität. Ein Gewinn im Langzeitüberleben konnte durch den Einsatz von adjuvanten Therapiekonzepten erreicht werden.

Dr. Beatrice Kern
Prof. Dr. Markus von Flüe

Interview mit Prof. Dr. med. Wolfgang Harms, Chefarzt Radioonkologie



Prof. Dr. med. Wolfgang Harms

Welchen Stellenwert hat die Strahlentherapie bei der Therapie des Pankreaskarzinoms in der adjuvanten Situation nach einer Resektion?

Die prospektiven Studien zur adjuvanten Radiotherapie des Pankreaskarzinoms weisen unterschiedliche Ergebnisse auf. Daher gibt es weltweit keine einheitlichen Empfehlungen. In den USA wird eine adjuvante Radiochemotherapie als eine der empfohlenen Standardtherapien angesehen. In Europa ist nach kompletter Resektion eine adjuvante Chemotherapie der Therapiestandard. Bei inkompletter Resektion sollte jedoch eine postoperative Radiochemotherapie durchgeführt werden, um die lokale regionale Tumorkontrolle zu verbessern.

Die neoadjuvante Radiochemotherapie beim Pankreaskarzinom wird kontrovers diskutiert. Welches Vorgehen wird aktuell empfohlen? Gibt es neue Studienergebnisse?

Die einzige Chance auf Heilung ist weiterhin die komplette Resektion des Pankreaskarzinoms. Leider sind bei Diagnosestellung über 80% der Patienten inoperabel. Das Ziel einer neoadjuvanten Radiochemotherapie ist es daher durch ein Downstaging, die Resektabilität und somit potentiell auch das Überleben zu verbessern. Zu dieser Fragestellung existieren bisher keine Phase III-Studien. Allerdings konnten auf der Basis einer grossen Meta-Analyse (Gillen et al. PLoS Medicine April 2010) von 4394 Patienten mit inoperablen oder grenzwertig operablen Pankreaskarzinomen folgende

Hypothesen generierenden Erkenntnisse gewonnen werden:

- 1.) Ausserhalb von Studien sollten Patienten mit primär operablen Pankreaskarzinomen immer operiert und keiner neoadjuvanten Therapie unterzogen werden.
- 2.) Patienten mit primär inoperablen Pankreaskarzinomen können nach einer neoadjuvanten Therapie in ca. 30% operiert werden und weisen dann vergleichbare Resektions- und Überlebensraten wie primär resektable Patienten auf.

Daher sollte bei Patienten mit lokal fortgeschrittenen, inoperablen und nicht metastasierten Tumoren interdisziplinär die Möglichkeit einer neoadjuvanten Radiochemotherapie geprüft werden.

Welchen Vorteil haben die neuen Bestrahlungstechniken – Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) oder die Bildgeführte Radiotherapie (IGRT) – für Patienten mit Pankreaskarzinom?

Das Bestrahlungsgebiet grenzt beim Pankreaskarzinom direkt an strahlenempfindliche Organe wie Dünndarm, Nieren, Leber und Rückenmark. Durch den Einsatz der IMRT gelingt es im Vergleich zu konventionellen Bestrahlungstechniken wesentlich besser, die Dosis im Tumorbereich zu erhöhen, ohne die Nebenwirkungen signifikant zu steigern. Daher sollte die IMRT als Standardbestrahlungstechnik bei Patienten mit Pankreaskarzinomen angewendet werden. Bei der IGRT (image guided radiotherapy) wird vor jeder Bestrahlung eine Bildgebung der Bestrahlungsregion mit einem Fächerstrahl-CT (cone beam CT) durchgeführt und somit das Zielgebiet genau lokalisiert. Die IGRT ist daher ein wichtiges Hilfsmittel, um die komplexen IMRT-Bestrahlungspläne, mit häufig sehr steilen Dosisgradienten, millimetergenau am Patienten zu bestrahlen.

Die Bestrahlung kommt auch in der Palliativtherapie des Pankreaskarzinoms zum Einsatz. Wie können die Patienten profitieren?

In der Nähe der Bauchspeicheldrüse liegen viele Nervengeflechte, die bei einem Tumorstadium infiltriert werden können. Hierdurch können starke, medikamentös schwer zu kontrollierende Schmerzen auftreten, die mit einer palliativen Bestrahlung sehr rasch und effektiv behandelt werden können.

Besten Dank für das Gespräch.

Kontaktadressen

	Telefon	/ FAX
Zentrale	061 685 85 85 / 061 691 95 18	
Notfall		
Spitalfacharzt	061 685 83 33 / 061 685 82 47	
Anmeldung Notfälle	Mo – Fr 8.00 – 17.00 Uhr übrige Zeit	
Tagesarzt Chirurgie	061 685 80 20 / 061 685 82 47	
Tagesarzt Medizin	061 685 80 30 / 061 685 82 47	
Telefonzeiten	Mo – Fr 8.00 – 17.00 Uhr übrige Zeit über Zentrale	
Bettendisposition		
Viszeralchirurgie	061 685 84 79 / 061 685 84 66	
Orthopädie/Traumatologie	061 685 84 79 / 061 685 84 66	
Urologie	061 685 84 79 / 061 685 84 66	
Medizin	061 685 86 70 / 061 685 84 66	
Informationen		
Austrittsberichte Chirurgie	061 685 84 83 / 061 685 86 37	
Austrittsberichte Medizin	061 685 84 83 / 061 685 83 40	
Kostengutsprachen, etc.	061 685 83 87 / 061 685 85 90	
Diagnostik/Therapie		
Radiologie/Röntgen	061 685 82 85 / 061 685 85 79	
Nuklearmedizin/PET/CT	061 685 82 52 / 061 685 82 62	
Physiotherapie	061 685 83 90 / 061 685 89 93	
Chirurgie		
Viszeralchirurgie		
Prof. Dr. M. von Flüe	061 685 84 80 / 061 685 83 37	
PD Dr. Ch. Ackermann	061 685 84 85 / 061 685 87 63	
Frau Dr. B. Kern	061 685 84 32 / 061 685 84 60	
PD Dr. R. Peterli	061 685 84 84 / 061 685 84 81	
Frau Dr. I. Füglistaler	061 685 84 85 / 061 685 87 63	
Dr. M.O. Guenin	061 685 84 31 / 061 685 87 64	
Frau Dr. L. Stoll	061 685 84 85 / 061 685 87 63	
Dr. R. von Aarburg	061 685 84 31 / 061 685 87 64	
Frau Dr. S. Urban	061 685 84 80 / 061 685 83 37	
Stomaberatung	061 685 86 65 / 061 685 86 59	
Orthopädie/Traumatologie		
Dr. D. Weber	061 685 84 90 / 061 685 86 57	
Dr. R. Kernen	061 685 84 93 / 061 685 86 57	
Frau Dr. K. Jaeggi	061 685 84 90 / 061 685 86 57	
Urologie		
PD Dr. T. Zellweger	061 685 85 23 / 061 685 82 61	
Dr. R. Ruzsat	061 685 85 22 / 061 685 82 61	
Dr. O. Passera	061 685 85 20 / 061 685 82 61	
Frau Dr. W. Remmele	061 685 85 20 / 061 685 82 61	
Anästhesie	061 685 84 63 / 061 685 86 37	
IPS	061 685 85 65 / 061 685 82 49	
Medizin		
Onkologie		
Prof. Dr. Ch. Ludwig	061 685 84 70 / 061 685 83 47	
Dr. C. Knüsli	061 685 84 75 / 061 685 83 86	
PD Dr. M. Buess	061 685 84 75 / 061 685 85 94	
Frau Dr. C. Cescato	061 685 84 39 / 061 685 85 91	
Frau Dr. M. Ebnöther	061 685 84 39 / 061 685 85 91	
Dr. B. Niemann	061 685 84 39 / 061 685 85 91	
Onkologisches Ambulatorium	061 685 81 74 / 061 685 81 72	
Radioonkologie		
Prof. Dr. W. Harms	061 685 82 00 / 061 685 82 25	
Frau Dr. B. Asadpour	061 685 82 00 / 061 685 82 25	
Kardiologie		
Prof. Dr. B. Hornig	061 685 83 80 / 061 685 89 97	
Dr. Ch. Grädel	061 685 83 80 / 061 685 89 97	
Dr. Ch. Kohler	061 685 83 80 / 061 685 89 97	
Gastroenterologie		
Frau PD Dr. M. Thumshirn	061 685 84 76 / 061 685 84 57	
PD Dr. B. Meyer	061 685 84 76 / 061 685 85 21	
Dr. M. Manz	061 685 84 76 / 061 685 84 58	
Pneumologie		
Prof. Dr. M. Solèr	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
Dr. P. Buser	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
PD Dr. L. Joos	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
Lungenfunktion	061 685 84 74 / 061 685 84 67	
Bronchoskopie	061 685 84 73 / 061 685 84 69	
Infektiologie		
Frau Dr. C. Kaech	061 685 82 92 / 061 685 83 47	
Ernährungszentrum		
Prof. Dr. Th. Peters	061 685 89 40 / 061 685 89 41	
Frau Dr. C. Christoffel	061 685 89 40 / 061 685 89 41	
Frau Dr. M. Gebhart	061 685 89 40 / 061 685 89 41	
Palliativstation		
Frau Dr. E. Balmer	061 685 84 75 / 061 685 83 86	
Frau Dr. N. Rogge	061 685 84 75 / 061 685 83 86	

Diverses

Das Claraspital beteiligt sich an der eHealth-Region Basel

Der automatische Austausch von medizinischen und administrativen Patientendaten funktioniert im europäischen Ausland schon recht ordentlich. In der Schweiz soll dies, gemäss eHealth-Strategie des Bundes, 2015 ebenfalls umgesetzt sein. Das «Koordinationsorgan eHealth» erarbeitet auf Bundesebene seit Anfang 2008 technische Standards und Richtlinien, die den reibungslosen und sicheren Datenaustausch zwischen den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen ermöglichen sollen.

Parallel zu den Aktivitäten von Bund, Kantonen und einigen Fachleuten im Koordinationsorgan eHealth sind Modellversuche in der Schweiz installiert, welche die Umsetzung in den Regionen angehen. Ein weit entwickeltes Projekt läuft unter dem Namen «e-toile» in Genf. Der Kanton Basel-Stadt hat Geld für einen Modellversuch Basel gesprochen und eine technische Plattform vorbereitet, um den Datenaustausch vorab für Radiologie-, Labor- und Medikamentendaten abzuwickeln. Die Möglichkeit für die ärztliche Einweisung und den Austrittsbericht folgen. Das Bruderholzspital hat als erstes Spital der Region die technische Umsetzung für ein elektronisches Patientendossier vorbereitet, das nach standardisierten Regeln der Zusammenarbeit funktioniert – dem Rahmenwerk von IHE (Integrating the Healthcare Enterprise).

Das Claraspital fokussiert sich in seiner Vorbereitung auf folgende Themen:

- Information: rasche und umfassende Bereitstellung von Patientendaten (Austrittsbericht, Datenaustausch zwischen Leistungserbringern)
- Prozess: ein reibungsloses und einfaches Anmeldeverfahren von Patienten ins Spital für unsere zuweisenden Ärzte
- Kollaboration: eine Intensivierung der Zusammenarbeit auch auf elektronischem Weg.

In einem ersten konkreten Pilotprojekt möchten wir den Austrittsbericht ins virtuelle Patientendossier überführen und einigen ausgewählten Zuweisern

zur Verfügung stellen. Dabei stehen wir vor der Herausforderung, unsere Spitalinformatik mit dem regionalen Modellversuch Basel zusammenzuführen. Dies ist insofern eine nicht zu unterschätzende Herausforderung, da etliche Bausteine heute erst konzeptionell vorgedacht, aber technologisch noch nicht gelöst sind.

Die Bereitstellung von Daten aus der internen elektronischen Patientenakte, dem Klinik-Informationssystem (KIS) ins virtuelle Patientendossier stellt auch für die KIS-Hersteller eine neue Herausforderung dar, denn dies soll über das definierte Rahmenwerk von IHE erfolgen und nicht über individuell programmierte Schnittstellen. Ein grosser Knackpunkt ist auch die Festlegung der Berechtigungsstruktur im elektronischen Dossier, damit ein Höchstmass an Datenschutz garantiert wird. Gerade dieser Punkt hat das Claraspital bewegt, zuerst mit einigen wenigen Zuweisern zu «üben», denn der Schutz der Patientendaten ist uns sehr wichtig. Das Claraspital führt heute eine umfassende elektronische Krankenakte und ist damit gut ausgestattet. Die Vernetzung der Behandlungsdaten in einem virtuellen Patientendossier, wie vom Bund vorgegeben und in der Region Basel als Modellversuch angegangen, ist wiederum eine anspruchsvolle Aufgabe, die ein grosses Engagement in der Informatik für die nächsten Jahren fordert.

Yves Laukemann,
Leitung Informatik Claraspital

Weiterbildung für Ärzte

Claraspital/Mehrzweckraum, 5. Stock:

Interdisziplinäre Fortbildung am Claraspital
Mittwochmorgen 7.45 h
(Kaffee ab 7.30h)

Nächster Termin:
14.12.2011
Femurkopf- und Femurkondylennekrosen.
Dr. Rolf Kernen
Rapportraum im 1. Stock – Mittelbau:

Chirurgisch-onkologisches Tumor-Board

Jeden Dienstag und Donnerstag
7.40 – 8.15 h

Personelles

Christian Bieg



Christian Bieg ist in Lörrach geboren und aufgewachsen und hat sein Medizinstudium in Marburg (D)

absolviert. Vier Jahre seiner Assistenzarztzeit verbrachte er in der Medizinischen und Chirurgischen Klinik im Claraspital. Danach absolvierte er seine Facharztausbildung Radiologie im Kantonsspital Baden. Christian Bieg beginnt am 1.1.2012 als Oberarzt Radiologie im Claraspital.

Dr. med. Martina Gebhart



Dr. med. Martina Gebhart ist in der Region Zürich geboren und aufgewachsen. Nach dem Medizinstudium arbeitet

sie zunächst als Assistenzärztin auf der Radioonkologie/Nuklearmedizin am Stadtspital Triemli. Die Ausbildung zur Fachärztin für Innere Medizin führte sie auf der Radioonkologie im Universitätsspital Basel, in der Akutgeriatrie/Rehabilitation im Bruderholzspital, auf der Medizin im damaligen Gemeindehospital Riehen und schliesslich ab 2006 im Claraspital weiter. Von 2009 an betreute sie hier als Spitalfachärztin eine pneumologisch/allgemein-internalistische Station. Seit dem 1.11.2011 ist Dr. Gebhart als Oberärztin im Ernährungs- und Stoffwechsellzentrum tätig.

Impressum

Herausgeber
St. Claraspital
Kleinriehenstrasse 30
Postfach
CH-4016 Basel
Telefon ++41 61 685 85 85
Fax ++41 61 691 95 18
scs@claraspital.ch

Konzeption, Prepress, Fotos
Swiss Professional Media AG – Medical Tribune

Redaktion
thomas.peters@claraspital.ch
beatrix.sonderegger@claraspital.ch
petragenetzky@medical-tribune.ch

Druck
Tanner & Bosshardt AG, Basel
© Nachdruck nur mit Nennung der Quelle